DE

N° 66.

8

LA PLEURÉSIE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 8 JUILLET 1836;

PAR

LELOUÉDEC (ALLAIN-LOUIS-FRANÇOIS),

De Quimperlé (FINISTÈRE);

CHIRURGIEN ENTRETENU DE LA MARINE.

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Celui qui écrit pour satisfaire à un devoir a des droits à l'indulgence de ses lecteurs et de ses juges.
LABRUYÈRE.

A MONTPELLIER,

Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur, place d'Encivade, N° 3.

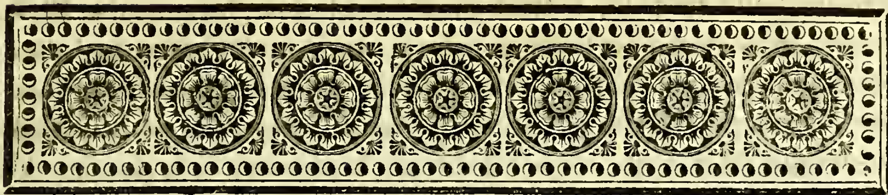
1836.

A M. LEGRIS-DUVAL,

PREMIER MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE AU PORT DE BREST.

Témoignage de respect & de reconnaissance.

LELOUÉDEC.



DE

LA PLEURÉSIE.

Les anciens, à l'exemple d'Hippocrate, donnaient le nom de pleurésie à toute douleur de côté avec fièvre ou même sans fièvre. Plus tard, le nom de pleurésie a été appliqué presque indifféremment à l'inflammation de la plèvre et à celle des poumons; aujourd'hui on a restreint la dénomination de pleurésie à l'inflammation de la plèvre.

La pleurésie ou pleurite, dérivée du mot grec (*pleura*, côté), est le nom qu'on donne à l'inflammation partielle ou générale de l'une ou des deux membranes connues sous le nom de plèvres, qui revêtent l'intérieur de la poitrine et se replient sur les organes contenus dans cette cavité.

Bien que les maladies de la plèvre aient été souvent méconnues, parce qu'on les confondait avec celles des poumons; bien que quelques médecins aient été jusqu'à nier qu'elles pussent se développer primitivement et exister à l'état de simplicité, la pleurésie, cependant, paraît avoir été connue de toute antiquité. Étant une des maladies les plus communes, elle a appelé dans tous les temps, d'une

manière toute spéciale, l'attention des médecins observateurs. Hippocrate en a traité plus longuement que de toutes les autres maladies aiguës. Sydenham, Stoll, De Haen, etc., reviennent sans cesse, dans leurs immortels ouvrages, sur la pleurésie. Sauvages est peut-être au-dessous de la vérité, lorsqu'il dit que la pleurésie et la pneumonie sont la dixième partie des maladies qui affligent l'espèce humaine.

C'est à Baglivi qu'on doit la découverte des pleurésies obscures, insensibles et latentes qui exerçaient les plus grands ravages presqu'à l'insu du médecin et du malade. Cette découverte fait véritablement époque dans l'histoire de la maladie que je traite aujourd'hui.

On a long-temps agité la question de savoir si la plèvre pouvait s'enflammer indépendamment du poumon. L'anatomie pathologique, tout en établissant la fréquence de la coexistence de la pneumonie et de la pleurésie, a complètement justifié la distinction établie par Arétée entre ces deux maladies, distinction renouvelée par Boerrhaave, qui traite, dans deux articles séparés, de la pleurésie et de la pneumonie; par Sauvages, qui range la pleurésie parmi les inflammations membraneuses; et surtout par Pinel, qui a définitivement fixé la place nosologique de la pleurésie parmi les phlegmasies séreuses, et celle de la pneumonie parmi les phlegmasies parenchymateuses.

Au renouvellement des sciences, Baillou, Duret, etc., répandirent de nouvelles lumières sur cette affection. Toutefois, avant la découverte de la percussion par Avenbrugger, et de l'auscultation par Laënnec, la distinction établie entre la pneumonie et la pleurésie était purement nominale, sous le point de vue pratique; et ceux des observateurs qui continuaient à admettre ces deux maladies dans le langage médical, ne reconnaissaient, au lit du malade, que la fluxion de poitrine, qu'ils combattaient par un traitement identique dont les modifications reposaient non sur le siége de la maladie, mais sur la constitution épidémique.

Aujourd'hui la pleurésie est une des maladies les mieux connues dans leur nature, les plus accessibles au diagnostic, les plus rationnellement traitées.

Différences. Sous le rapport de son étendue, l'inflammation peut occuper les deux plèvres ou être bornée à une portion de l'une d'elles ; de là les distinctions de pleurésies : double, circonscrite ou partielle ; costo-pulmonaire, diaphragmatique, médiastine, inter-lobaire. Elle offre encore bien d'autres différences : considérée sous le rapport de sa marche et de sa durée, elle peut être aiguë ou chronique. La pleurésie aiguë, de même que la pleurésie chronique, peut se manifester sans douleurs ; on dit alors que la pleurésie est latente. Sous le rapport de l'anatomie pathologique, la pleurésie est adhésive ou pseudo-membraneuse, séreuse, purulente. Sous le rapport des causes, elle est traumatique ou spontanée ; primitive ou consécutive. La pleurésie consécutive varie suivant qu'elle succède à une pneumonie, à des tubercules, à une maladie du foie, à une fièvre éruptive, rougeole, scarlatine, variole.

La pleurésie peut être simple ou compliquée :

1° De catarrhe, pleurésie catarrhale, pleurésie humide de quelques auteurs, par opposition à la pleurésie sèche ou sans expectoration ; 2° de pneumonie, et alors tantôt elle domine (pleuropneumonie), tantôt elle est dominée (pneumopleurésie).

Il est une pleurésie qui, survenant dans l'état puerpéral, partage la gravité de toutes les phlegmasies qui se déclarent dans les conditions particulières où se trouvent les femmes en couches. La pleurésie puerpérale doit aussi bien fixer l'attention que la péritonite puerpérale.

Les descriptions des pleurésies bilieuses, putrides, malignes, données par un grand nombre d'observateurs, s'appliquent en général beaucoup mieux aux pneumonies ou pleuropneumonies épidémiques qu'à la pleurésie proprement dite.

Enfin, la distinction entre la pleurésie vraie et la pleurésie fausse ou pleurodynie, mérite encore d'être conservée.

Les causes susceptibles de déterminer l'inflammation de la plèvre sont très-nombreuses.

1° *Causes physiologiques.* La plèvre, membrane séreuse, organe incessant d'exhalation et d'absorption, liée sympathiquement d'action

avec les perspirations pulmonaire et cutanée, semble créée tout exprès pour attirer sur elle l'action de toutes les causes morbides qui tendraient à se porter sur le tissu du poumon. La pleurésie me paraît en effet bien plus fréquente et surtout bien moins grave que la pneumonie.

2° *Causes déterminantes.* Presque toutes se rallient à l'influence du froid sur le corps plus ou moins échauffé : ainsi, le passage subit d'un lieu chaud dans un lieu froid, l'exposition à un vent froid ou seulement à un courant d'air frais, l'ingestion d'un liquide froid ou glacé tandis que le corps est en sueur, l'humidité des pieds et des vêtements, le coucher sur l'herbe humide, sont des causes fréquentes de pleurésies. Il résulte de là qu'elle doit être plus fréquente en hiver et au commencement du printemps que dans toute autre saison, dans les climats froids que dans les climats chauds. C'est sans doute par la même raison que la pleurésie est si fréquente à bord des navires, où le marin, continuellement mouillé, change à chaque instant de température et de climats, où, après une journée brûlante, passée sous les ardeurs du soleil, son service l'oblige à veiller encore une grande partie de la nuit, exposé fort souvent à des brises très-fraîches dont il est forcé de supporter la fâcheuse influence. N'est-ce pas encore par la même raison que la pleurésie est si fréquente sous les tropiques, où des soirées si fraîches succèdent à des journées de feu ?

3° *Causes mécaniques.* Telles sont les contusions, les plaies pénétrantes, les fractures des côtes.

4° *Causes pathologiques.* La pleurésie succède souvent à la pneumonie, à des tubercules pulmonaires, à la rupture d'une caverne tuberculeuse, à la gangrène circonscrite des poumons, à un cancer de la mamelle qui a envahi les côtes, à une maladie du foie, de l'estomac, de la rate. Elle s'observe très-fréquemment à la suite des maladies éruptives, rougeole, scarlatine, variole.

5° *Causes individuelles.* L'omission d'une saignée d'habitude, le retard ou l'interruption des règles, des lochies ; la rétrocession subite des phlegmasies de la peau, des douleurs rhumatismales, de la goutte, la cicatrisation d'un ulcère ancien, la disparition brusque d'une

dartre, d'une hémorragie habituelle. Les cris forcés, l'abus du chant, de la déclamation en plein air; les efforts souvent répétés de toux, de vomissements, etc., etc.

Enfin, outre les causes nombreuses que je viens d'énumérer, il en est encore d'autres qui prédisposent plus ou moins à contracter la pleurésie. C'est ainsi qu'elle attaque plutôt le tempérament sanguin qu'un autre tempérament, l'adulte que l'enfant, l'homme que la femme, l'individu actif que celui qui mène une vie sédentaire.

On voit que, dans l'énumération des causes de la pleurésie, j'ai à peu près reproduit les causes de toutes les inflammations. Sans doute ces causes et d'autres sont quelquefois accusées par les malades ; mais pourquoi ont-ils pu tant de fois s'exposer impunément à leur action? Pourquoi tant d'autres malades ne peuvent-ils assigner à leur mal aucune cause évidente? Pourquoi enfin tel individu qui s'était endormi le soir dans un état de santé parfaite, s'est-il réveillé soudainement atteint d'une pleurésie plutôt que de toute autre affection?

Ne serait-ce pas que les modificateurs ci-dessus indiqués n'agissent pas seuls quand la pleurésie succède à leur action? Ne serait-ce pas que la production de la pleurésie, comme celle de la plupart des maladies, est liée à l'existence d'une disposition interne qui, pour être insaisissable à nos moyens d'analyse, n'en est pas moins réelle et essentielle? Ne serait-ce pas enfin cette disposition, cette cause interne, quelle qu'elle soit, qui fait qu'une pleurésie ou une pneumonie se déclare chez l'un, une gastrite ou un rhumatisme chez l'autre, etc.?

Cette cause imprimant à chaque maladie le caractère, le cachet, la forme qui lui est propre, est ce qu'on appelle sa cause formelle.

SYMPTOMES. — La pleurésie débute quelquefois d'une manière lente et graduée. Le malade éprouve des frissons irréguliers, des lassitudes générales, des douleurs vagues dans les membres. D'autres fois l'invasion est brusque et subite : après un frisson vif et court, le sujet est pris d'une douleur violente, fixe et pongitive dans un ou plusieurs points de la poitrine, et accompagnée d'un sentiment de chaleur plus ou moins intense.

La douleur, un des signes les plus caractéristiques de cette maladie, présente de nombreuses variétés. Le plus ordinairement elle se fait sentir au niveau ou au-dessous de l'un ou de l'autre sein; quelquefois, mais plus rarement, elle existe dans le creux de l'aisselle, sous l'une ou l'autre clavicule, le long du sternum, sous l'omoplate; dans quelques cas, elle règne surtout le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, principalement lorsque l'inflammation a envahi la portion de la plèvre qui tapisse la face supérieure du diaphragme. Dans ce dernier cas, elle occupe très-souvent l'un ou l'autre hypocondre, se fait sentir à l'épigastre, et s'étend même jusqu'aux flancs; de sorte qu'elle pourrait être regardée comme le signe d'une affection abdominale.

Chez quelques malades, cette douleur est très-vive, soit d'une manière continue, soit seulement par intervalle: l'inspiration, la toux, le rire, l'éternument, en un mot tous les actes qui nécessitent les mouvements des parois du thorax, l'exaspèrent plus ou moins. Chez d'autres, elle est modérée, ne se fait sentir que dans les inspirations profondes; quelquefois, enfin, il y a absence totale de la douleur.

Quant à sa durée, la douleur qui se manifeste ordinairement dès le début de la maladie, après avoir été très-vive dans les premiers temps, diminue ordinairement d'intensité, puis devient obtuse, et cesse même complètement bien avant la terminaison de la maladie; c'est là du moins le cas le plus général.

Aux symptômes locaux que je viens d'indiquer se joignent fréquemment des symptômes généraux plus ou moins nombreux. Quelquefois il y a inappétence, nausées, vomissements, ce qui indique une complication d'irritation gastro-intestinale. Le pouls, dur et concentré, surtout le soir, contraste avec le pouls large et mou de la pneumonie, avec celui petit et serré qui accompagne l'inflammation de la séreuse abdominale. Les anciens attachaient une grande importance à l'état du pouls dans la pleurésie: *pulsûs durities est signum ferè infallibile omnium pleuritidum*, dit Baglivi. La peau, chaude, est sans sécheresse, mais non halitueuse; la sécrétion urinaire est plus ou moins altérée, etc.

Bientôt le malade est pris d'une gêne excessive de la respiration, et d'une toux sèche qui toutes deux réveillent ou augmentent la douleur, et que la douleur augmente à son tour : de telle sorte que la toux ne s'achève point, et que chaque inspiration est brusquement interrompue. Tant qu'il n'y a pas d'épanchement, la dyspnée est uniquement le résultat de la douleur qui s'oppose à la libre contraction des muscles du thorax; mais lorsque l'épanchement a eu lieu, on conçoit facilement que la gêne de la respiration doit être en proportion directe de la quantité de liquide épanché.

La toux n'a jamais lieu par quintes; elle est petite, comme avortée, plus ou moins fréquente; elle peut même manquer totalement chez des individus peu irritables, dont la muqueuse bronchique n'est pas symptomatiquement irritée par la phlegmasie pleurale.

Le décubitus sur le côté affecté a été regardé comme un des signes pathognomoniques de la pleurésie avec épanchement. M. Andral, au contraire, dit que, dans le plus grand nombre de cas, le décubitus a lieu sur le dos; plusieurs malades ont toutefois une tendance très-sensible à s'incliner un peu du côté affecté (décubitus diagonal). Le plus petit nombre se couche sur le côté où existe l'épanchement.

Tant qu'il y a fièvre et dyspnée, le décubitus sur le côté opposé à celui de l'épanchement est impossible. Lorsque la plèvre diaphragmatique est particulièrement influencée, le décubitus horizontal devient impossible; les malades restent assis sur leur séant, le corps plus ou moins incliné en avant, comme si cette position allégeait leur douleur.

Il suit de toutes ces considérations relatives au décubitus, qu'il ne peut, dans aucun cas, fournir aucun signe capable de faire reconnaître la nature de la maladie. Assez souvent le côté du thorax où siège l'épanchement devient évidemment plus ample que celui du côté opposé. Pour peu que le côté malade soit plus grand que l'autre de cinq à six lignes, cette différence est sensible à la simple vue; mais à cet égard l'illusion est facile, et l'on ne doit assurer que l'un des côtés du thorax est dilaté, que lorsqu'on l'a mesuré comparativement avec l'autre, à l'aide d'un ruban dont on fixe une des ex-

trémités sur une apophyse épineuse, et l'extrémité opposée sur le milieu du sternum. Quelquefois on peut sentir, à travers les muscles intercostaux, une fluctuation évidente. Lorsque ces symptômes existent, aucun doute ne peut s'élever sur la nature de la maladie; car une smple hépatisation du poumon ne les produit jamais. Mais la dilatation de l'un des côtés du thorax, mais la fluctuation dans les espaces intercostaux, peuvent ne pas exister dans les cas même où plusieurs litres de liquide sont épanchés dans la plèvre, et où le poumon refoulé est devenu imperméable à l'air.

Lorsque l'épanchement commence à se résorber, et qu'une cause quelconque empêche le poumon de se dilater convenablement, et de se rapprocher suffisamment des côtes, on voit ces dernières s'affaisser pour combler le vide qui existe entre elles et les poumons. Le côté de la poitrine où a existé l'épanchement devient alors plus étroit que le côté resté sain. Enfin, on a donné comme signe de la pleurésie, l'immobilité du thorax du côté malade. On a même avancé que les limites de cette immobilité établissaient positivement les limites de la maladie. M. Cruveilhier dit à cet égard n'avoir jamais pu observer, soit entre les deux côtés, soit entre les divers points du même côté du thorax, une différence assez tranchée pour pouvoir en tirer quelque induction pratique importante.

Les différents symptômes que je viens d'indiquer ont été long-temps les seuls à l'aide desquels on pouvait asseoir le diagnostic de la pleurésie, quand Laënnec, ajoutant la pratique de l'auscultation à celle de la percussion et de la mensuration, a fourni les moyens de pousser, dans la plupart des cas de pleurésie, le diagnostic jusqu'à la presque certitude.

Dès que l'épanchement commence à se former dans la plèvre, il est annoncé par la diminution de la sonoréité des parois thoraciques du côté où il existe. A mesure qu'il devient plus considérable, la poitrine, percutée, rend un son de plus en plus mat. D'abord cette matité n'existe qu'inférieurement, puis elle se fait entendre plus haut, puis enfin dans toute l'étendue du côté affecté. Lorsque l'épanchement est double, le son diminue à la fois des deux côtés; enfin, quelquefois la douleur est tellement vive, que la percussion est rendue impossible.

Lorsque, chez un individu atteint de pleurésie avec ou sans épanchement, on applique sur la poitrine l'oreille nue ou armée du stéthoscope, on arrive à des signes plus variés et plus précis que ceux fournis par la percussion.

Dès le début de la maladie, lorsqu'il n'y a point encore épanchement, mais que la douleur est très-vive, le bruit respiratoire est sensiblement plus faible du côté où existe la douleur que du côté opposé : et, en effet, l'intensité de la douleur porte instinctivement le malade à dilater moins largement les parois thoraciques de ce côté ; de là, diminution de la quantité d'air qui, dans un temps donné, pénètre dans le poumon.

Dès que l'épanchement commence à se former, le bruit respiratoire présente un peu moins de force que du côté sain ; à mesure qu'il augmente, le bruit respiratoire devient de plus en plus faible, tandis que, de l'autre côté, il acquiert une intensité beaucoup plus grande que dans l'état physiologique. Enfin, lorsque l'épanchement est encore plus abondant, le bruit respiratoire cesse tout-à-fait de se faire entendre, soit seulement en bas et en arrière, soit dans toute l'étendue d'un des côtés du thorax, excepté à la racine du poumon, où on l'entend toujours un peu.

On conçoit facilement qu'en raison des positions variables que peut prendre le malade, les signes fournis par la percussion et l'auscultation, sous le rapport de la présence ou de l'absence de la matité et du bruit respiratoire, doivent varier suivant ces positions, quand toutefois l'épanchement n'a pas envahi toute la cavité de la plèvre.

J'ai dit que lorsque l'épanchement était considérable, le bruit respiratoire devenait nul. Mais tantôt aucun autre bruit ne le remplace, et tantôt l'air ne pouvant plus pénétrer dans les divisions des bronches, laisse entendre dans celles-ci un bruit particulier, connu sous le nom de respiration bronchique, phénomène qui peut se manifester toutes les fois que l'air ne peut pénétrer au-delà des bronches. Elle existe également dans la pneumonie. Ici l'hépatisation du tissu pulmonaire s'oppose à l'introduction de l'air dans les vésicules ; là l'épanchement pleurétique produit le même effet par la

condensation toute mécanique du poumon. Elle est d'ailleurs plus fréquente dans la pneumonie que dans la pleurésie.

Il est un autre signe assez positif quand il existe, et dont la découverte est due à Laënnec : c'est l'égophonie. Il semble à l'observateur explorant la poitrine à l'aide du cylindre, qu'à l'instant où le malade parle, une voix aiguë, aigre, en quelque sorte argentine, tremblante et saccadée, chevrotante en un mot, frémisse à la surface du poumon. Cependant l'égophonie ne ressemble pas toujours à la voix chevrotante. Souvent, au lieu d'un chevrotement, on entend un bruit tout-à-fait analogue à la voix de polichinelle. D'autres fois la voix semblerait passer à travers une trompette; ailleurs on croirait entendre un de ces instruments de foire connus vulgairement sous le nom de mirliton.

La voix chevrotante est un phénomène beaucoup moins sensible, moins constant et moins sûr que le son mat, que l'abolition et le retour du bruit respiratoire. Il paraît certain que l'égophonie ne peut exister que dans le cas d'épanchement liquide médiocrement abondant. En effet, si l'épanchement augmente, l'égophonie cesse; s'il diminue ensuite, l'égophonie reparaît de nouveau pour disparaître encore si l'absorption du liquide continue à s'opérer.

Ce phénomène peut être confondu, par une oreille obtuse ou peu attentive, avec la pectoriloquie. Un trait caractéristique est que la résonnance chevrotante de la voix s'entend toujours dans une certaine étendue d'un côté de la poitrine; tandis que la résonnance caverneuse ou la pectoriloquie ne s'entend que dans un point. Celle-ci est d'ailleurs généralement plus durable que l'égophonie. En somme, le son mat, la diminution notable et plus encore la disparition du bruit respiratoire, et la résonnance chevrotante de la voix dans la poitrine étant réunis, ne laissent aucun doute sur la présence d'un épanchement dans la plèvre.

DIAGNOSTIC. — Il est quelquefois assez difficile à établir, principalement chez les enfants qui ne rendent pas compte de leur état; chez les aliénés, ainsi que chez les individus qui ont habituellement la respiration gênée.

La pneumonie, à raison de son siége, est la maladie avec laquelle celle-ci a le plus d'analogie, surtout quand c'est la plèvre pulmonaire qui est affectée. Il importe, par conséquent, de faire ressortir, par la comparaison des symptômes, la différence qu'il y a entre l'une et l'autre affection.

La douleur, dans la pleurésie, est aiguë et superficielle ; elle augmente par la percussion, par le décubitus sur le côté malade, par la toux et l'inspiration. Dans la pneumonie, au contraire, la douleur est obtuse, profonde et accompagnée d'un sentiment d'oppression, d'étouffement. Dans la pleurésie, la toux est ordinairement sèche, le pouls serré, dur et fréquent ; dans la pneumonie, la toux est humide, le pouls souvent large et mou. Rarement voit-on quelques stries de sang dans le peu d'expectoration que rejettent quelquefois les pleurétiques, au lieu qu'elles sont très-communes dans la pneumonie, où l'expectoration est en même temps très-abondante.

La percussion donne un son plus mat dans la pleurésie costale que dans la pneumonie ; le stéthoscope ne laisse point entendre le bruit de la respiration dans la première, tandis qu'il est encore perceptible dans la seconde.

Le son mat de la pleurésie tenant à un épanchement, la matité doit occuper le lieu le plus déclive, et varier suivant les attitudes ; tandis que le son mat de la pneumonie tenant à une induration du poumon, doit être invariable et indépendant de la position du malade. Cependant deux circonstances peuvent s'opposer au déplacement du liquide dans la pleurésie, et par conséquent au déplacement de la matité : 1° les adhérences qui incarcèrent l'épanchement ; 2° l'abondance de l'épanchement qui, remplissant la presque totalité de la poitrine, ne peut laisser dans aucune attitude le poumon en rapport avec les parois thoraciques.

Dans la pleurésie, la matité apparaît très-promptement ; elle est beaucoup plus tardive dans la pneumonie. La matité pneumonique est graduelle comme l'induration du tissu pulmonaire, la matité pleurétique est rapide comme l'épanchement.

L'inflammation de la face convexe du foie simule quelquefois la

pleurésie ; et quand il n'y a point d'ictère, la méprise est souvent inévitable.

Enfin, c'est surtout avec la pleurodynie que la pleurésie peut être confondue. On chercherait vainement à établir le diagnostic différentiel de ces deux affections, en n'ayant égard qu'à la différence du point de côté pleurétique avec celui pleurodynique. Il y a, en effet, identité parfaite eu égard : 1° à la nature de la douleur; 2° à son siége qui n'est pas plus superficiel dans l'un que dans l'autre cas; 3° à sa vivacité qui est peut-être plus grande dans la pleurodynie que dans la pleurésie.

Si quelques différences peuvent être établies, ce serait par la plus grande mobilité de la douleur pleurodynique qui se porte souvent sur un autre point de la périphérie du thorax, soit du même côté, soit du côté opposé, soit sur une articulation.

Les différences spécifiques entre la pleurodynie et la pleurésie se déduisent : 1° de l'absence de fièvre dans la première et de sa présence dans la seconde; 2° du son de la poitrine, qui est mat dans la pleurésie, naturel dans la pleurodynie ; 3° de l'absence de tout bruit respiratoire dans la pleurodynie, au niveau de la région douloureuse, à cause de la douleur; et de l'apparition du souffle vésiculaire le plus pur, aussitôt que le malade, surmontant la douleur, dilate amplement le poumon. Plusieurs faits portent M. Cruveilhier à admettre que la pleurodynie n'est autre chose qu'une pleurésie adhésive.

Quant aux pleurésies partielles, désignées sous les noms de médiastine, diaphragmatique, interlobaire, elles ne peuvent ordinairement être reconnues qu'après la mort.

Marche. La fièvre est presque toujours continue avec paroxismes nocturnes. Assez souvent elle est rémittente ; quelquefois elle paraît intermittente, et simule une fièvre pernicieuse pleurétique. La fièvre tombe ordinairement du cinquième au neuvième jour, avec ou sans phénomènes critiques.

La douleur de côté se dissipe, le sentiment d'oppression fait place à un sentiment de bien-être, l'expectoration devient plus facile, l'appétit s'éveille, le malade est convalescent. Mais les phénomènes locaux

reconnus par l'auscultation et la percussion survivent au mouvement fébrile. Seulement la cessation de la fièvre atteste que la marche progressivement croissante de la maladie est arrêtée, et que le moment de la résolution commence. Les symptômes locaux persistent un temps plus ou moins long et quelquefois toute la vie. La matité est de tous les symptômes celui qui disparaît le dernier.

Que s'est-il passé ? L'observation clinique et l'anatomie pathologique démontrent que divers produits avaient été sécrétés dans la cavité de la plèvre, et que ces produits ont été résorbés plus ou moins complètement pendant la période de convalescence ; la résorption du liquide épanché dans la cavité de la plèvre, c'est la résolution pour la pleurésie.

Terminaisons. La pleurésie a plusieurs modes de terminaison. Assez souvent elle a lieu par le retour à la santé, et alors souvent aucun phénomène critique n'apparaît quand la maladie a été légère ; elle se termine par le seul bénéfice de la nature, et coïncide avec une diminution successive des symptômes locaux et généraux. Mais le plus ordinairement, quand la maladie a acquis une certaine intensité, cette terminaison s'annonce par quelque crise, comme une hémorragie nasale, utérine, un flux hémorroïdal, une expectoration muqueuse opaque, quelquefois sanguinolente, une urine abondante, sédimenteuse, la diarrhée, surtout dans la pleurésie bilieuse, etc.

Elle peut aussi se terminer par résolution, délitescence, métastase, par le passage à l'état chronique. On doit craindre la suppuration quand les symptômes locaux, après avoir été très-intenses, se prolongent au-delà de l'époque de la résolution. Enfin, la pleurésie peut se terminer par la mort, ce qui n'arrive ordinairement que quand l'inflammation s'est étendue au poumon. Cependant cette terminaison funeste est presque inévitable quand les deux plèvres se trouvent enflammées simultanément et dans toute leur étendue.

PRONOSTIC. — Il varie suivant les circonstances. Le danger sera proportionné 1° à la cause qui a produit la maladie. Celle qui est due à l'ulcération d'un tubercule, à la gangrène superficielle des

poumons, a toujours une issue funeste. 2° A l'étendue de l'inflammation. La pleurésie double est beaucoup plus grave que celle qui est bornée à l'une des plèvres seulement, et celle-ci l'est davantage que la pleurésie partielle. 3° A la quantité et à la nature du liquide épanché. 4° Au temps depuis lequel l'épanchement existe. 5° Aux maladies qui compliquent l'inflammation de la plèvre, ou qui existent avec elle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les altérations cadavériques présentent des différences nombreuses, selon la marche, la durée, le siége de la maladie, et selon les complications.

1° A la *plèvre*, on trouve le tissu cellulaire sous-séreux plus ou moins injecté. Selon MM. Chomel et Ribes, on doit attribuer au tissu cellulaire sous-jacent les traces de congestion sanguine qui apparaissent sur la plèvre; mais, selon Laënnec, M. Andral et beaucoup d'autres auteurs, la séreuse elle-même s'injecte et laisse voir de simples points, de longues stries, de larges plaques, enfin une teinte rouge plus ou moins uniforme dans une étendue variable. La rougeur est quelquefois très-foncée, et va même jusqu'au noirâtre.

La couleur grise ardoisée donne lieu de croire que la phlegmasie a été chronique avant de se manifester à l'état aigu.

La plèvre peut perdre sa transparence partout où elle est rouge, alors même qu'elle n'est point épaissie. Son épaississement, quoique rare, a été constaté par M. Andral.

Les escarres, molles et friables, se présentent sous la forme de taches rondes et irrégulières, d'un vert brun ou noirâtre, d'une odeur particulière.

La perforation. Indépendamment des cas où la plèvre est ouverte par un instrument vulnérant, on la trouve quelquefois perforée par suite de la rupture d'une cavité tuberculeuse, purulente, gangréneuse ou hémorragique du poumon. La communication établie directement entre une excavation quelconque du poumon, et directement entre les bronches et la cavité de la plèvre, a pour résultat l'introduction de l'air dans cette cavité; et s'il y existe déjà du liquide, ou si du liquide vient à y être versé, le cylindre fait entendre le tintement

métallique ou seulement le bourdonnement amphorique, et le plus souvent ces deux sons alternativement.

Le tintement métallique est un bruit parfaitement semblable à celui que laisse entendre une coupe de métal, de verre ou de porcelaine, frappée légèrement avec une épingle, ou dans laquelle tombe un grain de sable. On l'entend pour l'ordinaire très-faiblement quand le sujet respire, plus distinctement quand il parle, et plus clairement encore quand il tousse.

Le bourdonnement amphorique est tout-à-fait semblable au bruit que l'on produit en soufflant dans une carafe ou dans une cruche; on peut l'entendre durant la toux, la respiration et la voix.

2° *Dans la plèvre.* On trouve quelquefois un enduit onctueux, transparent, reposant sur cette membrane; d'autres fois des couches membraniformes, composées d'une matière blanche ou jaunâtre, demi-transparentes ou opaques, dont la consistance varie depuis celle du pus jusqu'à celle du blanc d'œuf cuit, et étendues sur une ou plusieurs parties ou sur la totalité d'une ou des deux plèvres.

Un liquide séreux, de couleur fauve ou citrine, inodore, ressemblant à du petit lait, sert de véhicule à des parcelles de filaments de nature analogue à celle des couches membraneuses indiquées plus haut. Ce liquide est parfois très-abondant, et les couches membraniformes très-rares; dans d'autres circonstances, le contraire a lieu. En général, moins il y a de couches membraniformes, plus la sérosité est limpide. Dans certains cas, celle-ci n'existe point, et les plèvres costales et pulmonaires adhèrent l'une à l'autre par l'intermédiaire de deux couches de matière. Enfin, outre les altérations ci-dessus indiquées, on peut trouver, dans la poitrine, des gaz, du sang, du pus, des matières tuberculeuse, cérébriforme et mélanique épanchées ou concrétées.

3° *Poumons.* Toutes les fois qu'il existe un épanchement de matière liquide ou solide dans la cavité de la plèvre, on trouve le poumon plus ou moins refoulé. S'il n'a point participé à l'inflammation, il est sans altération dans sa structure, et il suffit d'y insuffler de l'air pour le voir se développer, et reprendre, à peu de chose près, l'as-

pect et le volume qu'il avait dans l'état normal. Si le poumon a été enflammé, on trouve dans son tissu les traces de cette inflammation, telles qu'engouement, hépatisation, etc.

TRAITEMENT. — Enrayer ou modérer l'orgasme inflammatoire, et prévenir s'il se peut l'épanchement; activer la résorption du fluide quand l'épanchement est opéré, et obvier en même temps au retour de l'irritation; enfin, frayer une voie artificielle au liquide s'il n'est pas résorbé, telles sont les indications qui se présentent successivement à remplir dans le cours de la pleurésie.

1° L'emploi des moyens antiphlogistiques est réglé ici sur les mêmes bases que dans toute autre inflammation. Pour peu que la phlogose soit étendue, il faut sans hésiter ouvrir une veine du bras, surtout si le sujet est fort et pléthorique, si l'on a à craindre la complication de l'inflammation pulmonaire. La saignée doit être de douze à dix-huit onces, car il faut soulager le poumon comprimé : on renouvelle la saignée douze heures après, ou au plus tard le lendemain, si la première n'a pas amené un soulagement complet. Il convient en général de s'arrêter après la deuxième saignée, quand elle n'a pas été suivie de la cessation complète de la douleur et de la liberté de la respiration. On applique alors des sangsues, vingt, trente, plus ou moins, selon les circonstances, sur le point douloureux de la poitrine.

Ordinairement la saignée ne fait que préparer le triomphe des sangsues. Si la première application ne détermine pas un soulagement suffisant, il faut, avant que les piqûres aient cessé de saigner, en appliquer de nouveau quinze à vingt, puis douze à quinze, puis huit à dix, de manière à entretenir un écoulement de sang permanent. La douleur cède presque constamment à cette série de moyens. Cependant, si elle se montrait rebelle aux émissions sanguines dirigées comme je viens de le dire, il serait dangereux et inutile d'insister plus long-temps sur leur emploi, d'autant plus que l'art possède d'autres moyens.

Les ventouses scarifiées sont quelquefois utiles. Elles ont l'inconvénient d'être d'une application douloureuse, de tirer peu de sang et

pendant un temps fort court; cependant, quelque douloureux que soit ce moyen, nul autre ne remplace aussi efficacement les sangsues, et son emploi convient essentiellement chez les individus débilités, à sensibilité obtuse.

La diète est indiquée ici comme dans toute inflammation aiguë, et, de plus, parce que la réplétion de l'estomac s'oppose à l'abaissement du diaphragme, mouvement alors si important pour l'accomplissement de la respiration.

Les boissons émollientes, mucilagineuses, diaphorétiques, sont utilement administrées à l'intérieur, tant pour occuper l'estomac et aider le malade à supporter l'abstinence d'aliments, que pour favoriser la sueur. Elles seront prises chaudes.

A la chute des sangsues, on couvre avec avantage les piqûres de cataplasmes, de fomentations émollientes chaudes, qu'il faut renouveler avec toutes les précautions nécessaires, afin d'éviter le refroidissement.

Les bains généraux convenablement administrés ne pourraient qu'être utiles, mais tant de précautions sont nécessaires pour éviter les mauvais effets du refroidissement, qu'il est souvent plus prudent d'y renoncer.

Les frictions avec des liniments camphrés et opiacés succèdent avec avantage aux topiques émollients, à une époque plus avancée de la maladie. L'opium a quelquefois été donné à l'intérieur pour calmer la douleur pleurétique violente accompagnée d'insomnie et de délire. Mais ce médicament peut augmenter l'accélération du pouls, et l'effet calmant qu'il produit d'ordinaire est loin d'être certain dans les inflammations aiguës. S'il était nécessaire d'employer un narcotique, je me rangerais de l'avis de MM. Pinel et Bricheteau qui donnent la préférence à l'extrait de jusquiame.

Quand, malgré les saignées générales et locales, la douleur persiste, on a pour coutume d'appliquer un large vésicatoire sur le point douloureux. Cette pratique a été souvent louée, souvent mise en usage; mais elle n'est pas exempte d'accidents. En effet, si la révulsion ne s'opère pas complètement de la plèvre à la peau, l'inflammation se

propage directement par le tissu cellulaire de la peau à la plèvre. L'application du vésicatoire ne paraissait sans danger à Laënnec que lorsque la douleur avait cessé complètement depuis quelques jours, quand la résorption marchait lentement, en un mot, quand la maladie menaçait de passer à l'état chronique. M. Cruveilhier a, sur ce point, une pratique un peu différente. Vers le troisième ou quatrième jour de la maladie, il a coutume d'appliquer un large vésicatoire avec interposition d'un papier de soie imbibé d'huile, et de le laisser quarante-huit heures sans pansement. Enfin, les cataplasmes, les pédiluves sinapisés, les sinapismes, sont souvent employés avec succès dans les mêmes circonstances.

Les vomitifs ont été administrés dans le traitement de la pleurésie. Ces moyens peuvent déterminer d'atroces douleurs à la base de la poitrine. La pleurésie, de partielle qu'elle était, peut s'étendre à un côté ou même aux deux côtés de la poitrine; aussi faut-il les rejeter en général. Cependant ils peuvent trouver leur application, dans la pleurésie chronique, chez un individu mou et lymphatique, surtout lorsque la maladie est sous forme bilieuse.

Les frictions mercurielles à haute dose ont paru fort efficaces à plusieurs médecins, et particulièrement à Laënnec, pour faire disparaître l'épanchement pleurétique. Tout en croyant l'émétique donné à haute dose (huit à dix grains) inutile pour faire résorber le liquide, il lui reconnaissait la propriété de faire cesser la douleur et l'accélération du pouls.

Un usage populaire fort répandu est celui qui consiste à prendre une boisson plus ou moins stimulante, vineuse ou alcoolique, chaude et aromatisée, dès qu'on ressent un point de côté. Ce moyen, qui réussit quelquefois, offrirait moins d'inconvénients chez les personnes habituées aux alcooliques, mais fort souvent il aggrave le mal au lieu de l'arrêter.

Le régime, qui aura été sévère pendant la période fébrile de la maladie, devra être moins rigoureux après la chute de la fièvre; on ne saurait néanmoins trop insister sur la nécessité du régime pendant la période de résorption. Le *cura famis* est plus efficace qu'on ne

peut l'imaginer dans le traitement de cette maladie. Une nourriture en rapport avec l'appétit fournit de nouveaux matériaux à l'épanchement ; la faim , au contraire , est un puissant moyen de résorption.

Mais quand, malgré l'emploi méthodique des différents moyens ci-dessus indiqués, on n'a pu prévenir un épanchement dans la plèvre, ni en obtenir la résorption, quand enfin la maladie a passé à l'état chronique, c'est au régime encore, aux dérivatifs cutanés, aux diurétiques, aux purgatifs, et, si la suffocation est imminente, à la ponction enfin qu'il faut recourir.

Le régime sera en rapport avec les forces digestives : l'on devra se rappeler que l'appétit incomplètement satisfait, en laissant pour ainsi dire parler les vaisseaux absorbants faméliques, est un puissant moyen de résorption. L'habitation dans un lieu sec et exposé au midi ; les vêtements de flanelle de la tête aux pieds ; les frictions stimulantes sur tout le corps, et plus particulièrement celles avec la teinture de scille et de digitale ; l'exercice communiqué en voiture , à cheval ; le soin d'éviter l'action du froid, surtout du froid humide ; toutes les ressources de l'hygiène doivent, en quelque sorte, entourer le malade, et concourir au double but du maintien des forces générales et de la résorption du liquide épanché.

Comme moyens locaux, on optera entre un vésicatoire sur le côté, un séton ou la potasse caustique : le séton est généralement regardé comme le moyen le plus puissant ; mais la douleur qu'il occasionne force souvent d'y renoncer. L'emplâtre de poix de Bourgogne, dont on enveloppe, comme par une cuirasse, le côté qui est le siége de l'épanchement, peut aussi être très-utile.

Enfin les diurétiques et les purgatifs sont un puissant moyen de résorption. M. Cruveilhier dit avoir eu beaucoup à se louer des pilules suivantes : calomel jj grains, scille j grain, poudre de digitale 1/4 de grain, sirop de nerprun quantité suffisante, à la dose de une à deux par jour, et surtout de la mixture que voici : teinture d'aloès j ou jj gros, teinture de scille xx gouttes, teinture de digitale xx gouttes, qu'il fait prendre le matin à jeun tous les deux ou trois

jours, et qu'il renouvelle plus ou moins fréquemment suivant les indications. L'infusion de feuilles de digitale à froid (un gros pour un verre d'eau) convient aussi dans les mêmes cas. On la prend par cuillerées de temps en temps.

Enfin, la ponction du thorax ou l'opération de l'empyème, qui doit être proscrite dans la pleurésie aiguë, est un des principaux moyens de traitement pour la pleurésie chronique. Son emploi cependant paraît devoir être limité : 1.° au cas assez fréquent où le malade est menacé de suffocation, et où, par conséquent, le temps manque pour attendre un effet dérivatif assez prononcé; 2° au cas où le malade, en proie à une fièvre lente avec dépérissement rapide, présente tous les caractères de la consomption.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Après avoir fait disparaître les accidents plus ou moins graves qui accompagnent ou suivent la pleurésie, le médecin consciencieux n'a pas encore rempli toute sa tâche : il doit se rappeler que le malade reste d'autant plus exposé à une pleurésie consécutive, que les désordres ont été plus graves ; il doit, par conséquent, lui faire connaître les moyens de s'opposer à une récidive qui, le plus souvent, est beaucoup plus dangereuse que la maladie première. Il lui conseillera donc d'éviter les changements brusques de température, le passage subit du chaud au froid lorsque le corps est en sueur, l'ingestion des boissons froides dans les mêmes circonstances. Il lui conseillera un exercice modéré, le séjour dans un lieu sec, bien aéré, exposé au midi; l'usage de la flanelle sur le corps, pour que la transpiration, les sueurs lorsqu'elles existent, soient absorbées par ces vêtements de laine. Enfin, il lui recommandera de ne plus quitter ces vêtements de flanelle quand une fois il en aura pris l'habitude, en lui prouvant que mieux vaudrait pour lui ne s'y être jamais soumis que d'en suspendre l'usage un seul moment. En un mot, il lui conseillera l'usage de toutes les règles de l'hygiène applicables à cette affection.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Examinateur.* Anatomie.
BROUSSONNET, *Examinateur.* } Clinique médicale.
CAIZERGUES. }
LALLEMAND, *Suppléant.* } Clinique chirurgicale.
SERRE. }
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Président.* Botanique.
DUPORTAL. Chimie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN, *Examinateur.* Thérapeutique et matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ, *Suppl.*
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN, *Examinat.*
SAISSET, *Examin.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchemens, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*